

مكتب خدمات الأطفال والأسر

بولاية نيويورك (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)

لجنة المكفوفين

طلب للحصول على خدمة

**ملاحظة:** يمكن تقديم هذا النموذج من قبل شخص كفيف أو ضعيف البصر، أو من قبل فرد أو وكالة بالنيابة عن ذلك الشخص

- إذا تم إرسال هذا النموذج إليك عبر البريد، يرجى إعادته في المظروف المعنون مسبقاً المرفق.
- إذا كنت تملأ هذا النموذج عبر الإنترنت، يرجى ملء النموذج وحفظه كمستند WORD أو PDF على سطح المكتب لديك. بعد ذلك، أرسل النموذج بالبريد أو بالبريد الإلكتروني إلى مكتب المنطقة الإدارية الأقرب إليك. (عناوين المكاتب والبريد الإلكتروني لها مدرجة في ظهر هذا النموذج).

**معلومات مقدم الطلب**

الاسم الأول بالكامل: الحرف الأول من الاسم الأوسط: الاسم الأخير:

رقم الضمان الاجتماعي:

عنوان الشارع، متضمنًا رقم الشقة: تاريخ الميلاد:

المدينة: الولاية: ولاية نيويورك الرمز البريدي: المقاطعة:

رمز المنطقة/رقم الهاتف: إذا لم يكن هناك هاتف، فهل يوجد رقم يمكن من خلاله الوصول إلى مقدم الطلب أو ولي الأمر/الوصي؟  
لا  نعم  إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر رقم الهاتف:

البريد الإلكتروني لمقدم الطلب أو ولي الأمر/الوصي:

هل سبق لمقدم الطلب الحصول على خدمات من لجنة المكفوفين بولاية نيويورك (New York State Commission for the Blind, NYSCB)؟  
لا  نعم  إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم رقم تسجيل مقدم الطلب لدى لجنة NYSCB:**الخدمات التي يحتاج إليها مقدم الطلب: (حدد جميع ما ينطبق.)**الاستشارة والتوجيه التدريب على أداء الأعمال المنزلية المساعدة في التحضير لوظيفة و/أو العثور على وظيفة المساعدة في الحفاظ على الوظيفة الحالية المساعدة في الحصول على خدمات للطفل ضعيف البصر المذكور أعلاه خدمات أخرى **للمتقدمين الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا - يرجى إكمال ما يلي:**

سبب الإصابة بضعف البصر:

العمر عند بداية الإصابة \_\_\_\_\_

هل يعاني الطفل من أي إعاقات أخرى؟ لا  نعم  إذا كانت الإجابة نعم، يرجى وصفها:

ملاحظات (يمكنك استخدام المربع أدناه لتقديم أي معلومات إضافية)

أُتقدّم للحصول على خدمات من لجنة المكفوفين بولاية نيويورك وأوافق على تقديم المساعدة في الحصول على معلومات لتحديد مدى أهليتي للحصول على الخدمات.

توقيع مقدم الطلب: التاريخ:

اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف واضحة - إذا كان مقدم الطلب أقل من 18 عامًا: التاريخ:

توقيع ولي الأمر/الوصي:

إذا قدم الطلب أي شخص آخر غير مقدم الطلب أو ولي الأمر/الوصي على مقدم الطلب، يرجى إكمال ما يلي والحصول على توقيع مقدم الطلب أو ولي الأمر/الوصي على الصفحة الأمامية:

الفرد الذي يقدم الطلب:

الاسم الأول: الاسم الأخير:

المسمى الوظيفي/الصلة بمقدم الطلب:

توقيع الفرد الذي يقدم الطلب:

الوكالة (إذا كان ينطبق):

عنوان الفرد الذي يقدم الطلب أو الوكالة: الشارع والرقم:

الولاية: الرمز البريدي:

رمز منطقة ورقم هاتف الفرد الذي يقدم الطلب:

### مكاتب اللجنة في المناطق الإدارية مع عناوين البريد الإلكتروني لمديريها

**البناني – New York State Commission of the Blind**, 52 Washington Street, Room 202 South Building, Rensselaer, New York 12144، البريد الإلكتروني: [Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov](mailto:Ann.Gallagher-Sagaas@ocfs.ny.gov). الهاتف: (518) 473-1675

**سيراكوز – New York State Commission of the Blind**, The Atrium 100 South Salina Street, Suite 105، Syracuse, New York 13202، البريد الإلكتروني: [Christine.Kearney@ocfs.ny.gov](mailto:Christine.Kearney@ocfs.ny.gov). الهاتف: (315) 423-5417

**بوفالو – New York State Commission of the Blind**, Ellicott Square Building, 295 Main Street, Suite 590، Suite 545 Buffalo, New York 14203، البريد الإلكتروني: [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov). الهاتف: (716) 847-3516

**روتشستر – New York State Commission of the Blind - Outstation** 259 Monroe Avenue, Suite 303، Rochester, New York 14607، البريد الإلكتروني: [Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov](mailto:Jane.Sullivan@ocfs.ny.gov). الهاتف: (585) 238-8110

**ويستشستر – New York State Commission of the Blind**, 117 East Stevens Avenue, Suite 300، Valhalla, New York 10595، البريد الإلكتروني: [Ana.Duraes@ocfs.ny.gov](mailto:Ana.Duraes@ocfs.ny.gov). الهاتف: (914) 993-5370

**هارلم – New York State Commission of the Blind**, Adam Clayton Powell Jr. State Office Building, 163 West 125th Street, Suite 1315, New York, New York 10027، البريد الإلكتروني: [Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov](mailto:Shawn.Chin-Chance@ocfs.ny.gov). الهاتف: (212) 961-4440

**مانهاتن السفلى – New York State Commission of the Blind**, 80 Maiden Lane, Suite 401, New York, New York 10038، البريد الإلكتروني: [Brian.Pinto@ocfs.ny.gov](mailto:Brian.Pinto@ocfs.ny.gov). الهاتف: (212) 825-5710

**جاردن سيتي – New York State Commission of the Blind**, 711 Stewart Avenue, Suite 210, Garden City, New York 11530، البريد الإلكتروني: [Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov](mailto:Paola.Nappo-Ficarra@ocfs.ny.gov). الهاتف: (516) 743-4188

عملاً بأحكام الباب السادس من قانون الحقوق المدنية (CIVIL RIGHTS ACT) لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل (REHABILITATION ACT) لعام 1973 بصيغته المعدلة، واللوائح الصادرة بموجبه، يتم تنفيذ خدمات لجنة المكفوفين بولاية نيويورك بطريقة لا يُستبعد فيها أي فرد من المشاركة في برنامج أو نشاط تعليمي أو تدريبي يُجرى على المستوى الفيدرالي أو يُرفض حصوله على مخصصاته أو يتم فيه التمييز ضده، على أساس العرق أو الجنس أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الدين أو السن أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية و/أو التعبير الجنسي أو الحالة الأبوية؛ وتدير الوكالة التابعة للولاية في الواقع البرنامج وفقاً للقانون واللوائح. وبموجب القسم 504 من قانون إعادة التأهيل (REHABILITATION ACT) لعام 1973، بصيغته المعدلة، لا يمكن لأي فرد مؤهل بخلاف ذلك يعاني من إعاقة في الولايات المتحدة، كما هو محدد في القسم (20) 705 من هذا الباب، بسبب إعاقة فقط، أن يستبعد من المشاركة في أي برنامج أو نشاط يتلقى مساعدة مالية فيدرالية أو أي برنامج أو نشاط تنفذه أي وكالة تنفيذية أو هيئة البريد الأمريكية أو يُرفض حصوله على مخصصاته أو يتم فيه التمييز ضده.